C

ÉRUPT

Obser

Présentée et publ

Pour obten

Imprimerie

N° 52

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ÉRUPTIONS SUDORALES

OBSERVATIONS RECUEILLIES A MARSEILLE

PENDANT L'ÉTÉ 1904

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mai 1905

PAR

M. EMILE BÉCHARD

Né à la Grand'Combe, le 6 Novembre 1879

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

LIBRARY

MARSEILLE

Imprimerie EDOUARD MARTIN, 11, Avenue de la Capelette

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET ..... Doyen
TRUC ..... Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Guérin ..	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU
Clinique des maladies mentales et nerv. ...	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE
Clinique ophtalmologique	TRUC
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE
Physiologie	HEDON
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS
Opérations et appareils	ESTOR
Microbiologie	RODET
Médecine légale et toxicologie	SARDA
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, *agrégé libre*
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, *agrégé*
Clinique annexe des mal. des vieillards .	RAUZIER, *agrégé libre* Professeur adjoint
Pathologie externe	De ROUVILLE, *agrégé*
Pathologie générale	RAYMOND, *agrégé*

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRANEL, *président*	MM. BROUSSE, *agrégé*
BAUMEL, *professeur*	GALAVIELLE, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A CEUX QUE J'AIME

LAND
LIBRARY

A mon Maître

Mr le Professeur Léon PERRIN

de l'École de Médecine de Marseille

A mon Président de thèse

Mr le Professeur GRANEL

de la Faculté de Médecine de Montpellier

AVANT PROPOS

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
Bk

Arrivé au terme de nos études, notre plus grande satisfaction est de pouvoir exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin se sont intéressés à notre avenir.

Notre oncle et notre tante E. Béchard ont droit à la place d'honneur. Avec une abnégation de toutes les heures, ils nous ont suivi pas à pas, nous soutenant de leurs précieux conseils et de leur affection sans bornes. Ils savent combien ils nous seront toujours chers.

Nous sommes heureux et fier de placer en tête de ce modeste travail le nom de Mr le Professeur Perrin qui nous a fourni le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons pas la bienveillance avec laquelle ce maître éminent nous a accueilli. C'est lui qui nous a fait prendre goût à la dermatologie; jamais nous ne perdrons le souvenir de ses savantes leçons cliniques. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Granel, pendant notre séjour à Montpellier, nous a témoigné la plus grande bienveillance; il nous a en outre fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions bien vivement.

Notre maître M. le professeur Perrin a bien voulu nous conseiller d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons divisé notre étude de la façon suivante :

1° Notions d'Anatomie, d'Histologie et de Physiologie.

2° Eruptions sudorales (Dyshidrose — Hidrocystome — Miliaires sudorales — Pyodermites.

3° Observations.

4° Conclusions.

Anatomie des Glandes sudoripares

Les glandes sudoripares sont des organes qui ont pour fonction de sécréter la sueur.

Elles existent sur presque toute l'étendue du tégument externe et sont fort nombreuses (2.000.000 environ pour Sappey). La plante des pieds et la paume des mains sont les parties les plus riches en glandes sudoripares. Leur volume oscille de 1/4 de millimètre à 1 ou 2 millimètres ; les plus volumineuses se trouvent dans le creux de l'aisselle. Dans le canal auditif, elles affectent une forme particulière et prennent le nom de glandes cérumineuses.

Les glandes sudoripares sont des glandes en tube. La partie profonde du tube terminée en cul de sac est enroulée de manière irrégulière en un peloton qui porte le nom de glomérule. Celui-ci est situé dans les parties les plus profondes du derme, généralement au niveau de l'hypoderme, en contact avec les lobules adipeux ; on trouve cependant des glomérules situés moins profondément. D'après leur volume les glomérules se distinguent en gros, moyens et petits. Du glomérule part un canal ascendant qui traverse le derme en décrivant quelques

sinuosités, pénètre dans le corps muqueux par un espace interpapillaire, puis traverse la couche cornée pour enfin s'ouvrir à l'extérieur. Dans le corps muqueux et la couche cornée, le tube sudoripare décrit plusieurs tours de spire. Son pore d'ouverture se trouve au sommet d'une crête papillaire et s'ouvre obliquement ; cette disposition a pour but de s'opposer à la pénétration des poussières et autres corps qui pourraient obstruer le conduit.

Histologie des Glandes sudoripares

Il y a différence de structure selon que l'on considère le glomérule qui est la partie sécrétante ou le canal ascendant qui est la portion excrétante.

Glomérule.

Le glomérule est constitué de dedans en dehors de la façon suivante :

1° Une rangée de cellules épithéliales.

Ces cellules de forme prismatique, pourvues dans leur partie centrale d'un gros noyau sont les cellules sécrétoires de la glande. Leur protoplasma contient des granulations disposées en séries linéaires parallèles au grand axe des cellules et figurant des striations longitudinales. En outre on y trouve toujours d'autres granulations plus volumineuses que la réaction par l'acide osmique permet de considérer comme étant de la graisse.

2° Couche musculaire.

Entre la membrane propre et la couche épithéliale se trouve une rangée de cellules musculaires lisses qui du côté externe adhèrent à la couche basale. Elles sont obliques par rapport à l'axe du tube, autour duquel elles décrivent des spires allongées; elles ménagent ainsi des fentes par lesquelles les cellules épithéliales sont en contact intime avec la membrane basale.

De cette façon les échanges sont facilités, en outre l'obliquité de la couche musculaire rend l'excrétion plus facile, car en se contractant, les cellules musculaires raccourcissent et rétrécissent le tube glandulaire.

3° La membrane propre, mince et transparente dépourvue de structure est une dépendance de la membrane basale du derme.

4° Enfin tout à fait à l'extérieur se trouve une membrane formée de fibres connectives plates comprenant une gaine élastique (Balzer).

Canal excréteur.

Ici plus de tunique musculaire. De dedans en dehors nous voyons :

1° Un revêtement épithélial constitué par deux rangées de petites cellules cubiques appliquées contre la membrane propre.

2° La membrane propre qui est une continuation de la paroi propre du tube sécréteur.

3° Une tunique fibreuse formée de tissu conjonctif et de fibres élastiques.

Dans la couche cornée, le canal excréteur n'est plus limité que par des cellules cornées ce qui permet à la sueur de s'infiltrer dans cette couche.

Vaisseaux sanguins.

Les vaisseaux sanguins forment autour des glomérules un riche réseau à mailles polygonales. De ce réseau périglomérulaire partent des capillaires fins qui pénètrent dans la glande sans jamais traverser la membrane propre.

Quand au tube excréteur, il est irrigué par deux sources différentes : le réseau glomérulaire pour la partie profonde ; le réseau sous-papillaire pour la partie superficielle. Ces deux systèmes vasculaires sont d'après Heynold indépendants l'un de l'autre.

Lymphatiques.

Ils viennent s'aboucher dans les troncs qui descendent du réseau sous-papillaire.

Nerfs.

Autour des glomérules se trouve un riche plexus nerveux composé de fibres dépourvues de myéline ; mais le mode de terminaison de ces fibres nous est encore inconnu.

Physiologie des Glandes sudoripares

La sécrétion sudorale.

La sueur est sécrétée sur la surface du tégument externe par les glandes sudoripares.

A l'état ordinaire, la sécrétion sudorale n'est pas apparente et n'est que peu appréciable ; elle existe cependant en donnant à la peau sa souplesse et sa moiteur particulière. C'est ce qu'on a appelé la perspiration insensible qui ne diffère de la sudation que par le degré. L'expérience d'Aubert en est la meilleure preuve.

La sécrétion sudorale est continue, mais elle est soumise à de grandes variations quantitatives sous un grand nombre d'influences. La quantité moyenne de sueur émise en 24 heures est de 1200 grammes environ. La courbe sudorale quotidienne a son plus grand minimum entre 5 et 6 heures du matin, un autre après le repas, son maximum 4 heures après le repas.

La sueur.

La sueur est un liquide transparent incolore, d'une odeur spéciale variable suivant les régions (aisselles, pieds, régions inguino génitales). Sa saveur est salée. Sa densité = 1004. On a longtemps discuté au sujet de sa réaction. On peut affirmer maintenant qu'elle est franchement acide. On peut conclure :

1° Certaines exceptions (aisselles, aines) ne sont qu'apparentes ; en effet dans ces plis, les acides volatils s'évaporent tandis que le résidu alcalin difficilement entraîné reste sur la peau et neutralise la sueur. D'ailleurs ces régions bien lavées donnent une sueur acide.

2° Dans les sudations abondantes, la sueur est d'abord acide puis devient alcaline.

3° Certains médicaments (pilocarpine) donnent lieu à une sueur alcaline.

4° L'usage des eaux alcalines peut masquer l'acidité de la sueur.

5° La nature du régime végétal ou animal ne modifie pas la réaction de la sueur.

Composition chimique de la sueur.

Il y a d'assez grandes différences entre les diverses analyses de la sueur. Il faut donc les considérer comme des dosages assez approximatifs.

Voici les résultats de l'analyse de Favre :

Eau	995.573	‰
Matières solides	4.427	»
Graisse	0.013	»
Lactates	0.317	»
Sudorates	1.562	»
Matières indéterminées	0.005	»
Urée	0.042	»
Chlorure de sodium	2.230	»
Chlorure de potassium	0.024	»
Sulfates alcalins	0.011	»
Phosphates alcalins et terreux	traces	

La quantité d'urée est très variable suivant les analyses (Favre 0.0428 — Picard 0.88 — Funke 1 gr. 55). Dans quelques cas pathologiques la proportion d'urée est même arrivée à 90 p. 1000. Cela s'est vu chez certains urémiques.

Les acides de la sueur sont pour la plupart des acides gras, acides lactique, acétique, formique, butyrique, valérique, caproïque et peut-être même sudorique qui lui donnent son odeur.

La sueur contient également une faible quantité de graisses, des sels minéraux, des sulfates alcalins.

Elle peut renfermer des matières colorantes (chromidrose) rouges ou bleues, dues soit à la matière colorante du sang soit à des sécrétions bactériennes.

De nombreux principes médicamenteux et essences s'éliminent en partie par la sueur : arsenic, mercure, iode, ipéca, salsepareille, valériane, alcool, brome, sulfures, opium, quinine, ail, etc. Il est à remarquer que la pilocarpine malgré ses propriétés sudorifiques ne s'élimine pas par cette voie.

L'élimination des bactéries par la sueur n'a pas été nettement démontrée.

On a beaucoup parlé de la toxicité de la sueur. Est-elle due à une décomposition de ce liquide ? En tous cas les expériences démontrent que la sueur est toxique ; mais cette toxicité est variable suivant les sujets et augmentée par le travail musculaire.

Rôle de la sueur.

La sueur entretient l'état onctueux de la peau et sa souplesse. Les troubles imputables à l'ichtyose sont en effet dus pour la plupart à un trouble de la fonction sudorale.

Le rôle de la sueur est capital au point de vue de la régulation de la chaleur animale. L'hypersécrétion sudorale, sous l'influence de l'élévation de la température du corps, produit par l'évaporation un abaissement de température, une réfrigération de l'organisme.

Enfin la sueur débarrasse l'organisme des acides gras, volatils qui s'y sont formés et elle peut suppléer plus ou moins complètement la fonction urinaire.

Mécanisme de la sécrétion sudorale.

1° Influence de la circulation.

La sudation est généralement accompagnée d'une vascularisation active ; la peau devient plus rouge ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; la sudation peut coincider avec une constriction des capillaires cutanés (sueurs froides). Il faut donc rechercher ailleurs l'explication du mécanisme de la sécrétion sudorale.

2° Influence du système nerveux.

L'influence du système nerveux sur la sécrétion de la sueur n'est définitivement établie que depuis 1876 après les découvertes de l'action sudorifique de la pilocarpine et antisudorifique de l'atropine.

Goltz en 1875 a démontré l'existence de nerfs se distribuant aux glandes sudoripares et provoquant la sécrétion : on trouve ces nerfs dans le médian et dans le cubital pour le membre supérieur, le facial et le trijumeau pour la tête, le sciatique pour le membre inférieur. On a émis l'hypothèse que les glandes sudoripares reçoivent des filets nerveux capables de diminuer ou de suspendre la sécrétion, des fibres fréno-sudorales ? Mais la question de l'existence de ces nerfs n'est pas encore tranchée.

Les centres sudoraux ne sont pas nettement délimités ; ils sont répandus d'une manière diffuse dans tout l'axe gris de la moelle et du bulbe. Dans le bulbe se trouve un centre principal ; il détermine la sudation générale, tandis que les centres de la moelle déterminent des sudations partielles (Vulpian).

Adamkiewicz a admis des centres cérébraux dont l'existence est considérée comme douteuse par la plupart des physiologistes.

Depuis longtemps on connaît les principales causes de la sudation : température élevée provenant de la fièvre, de l'exercice musculaire, de la chaleur extérieure, ingestion abondante de boissons, etc.

Le mécanisme de leur action a été établi par Frank de la façon suivante :

A — Influences agissant à la périphérie.

a) sur les troncs nerveux.

Irritation expérimentale des nerfs périphériques, névralgies, provoquant la sueur dans un autre domaine que celui du nerf malade. Suppression de la fonction sudorale quand le nerf malade est paralysé.

b) sur les terminaisons nerveuses sudorales.

Pilocarpine, Atropine, etc.

B — Influences agissant sur les centres sudoraux.

a) Etat asphyxique du sang.

Si l'on provoque l'asphyxie d'un animal en comprimant sa trachée, le corps se couvre de sueur. Les sueurs des différentes asphyxies sont dues à l'action du sang noir sur les centres.

b) Elévation de la température du sang.

En plaçant un animal dans une étuve, en ayant soin de couper le nerf sciatique d'un de ses membres postérieurs, la sudation s'établit sauf dans le membre où le nerf a été sectionné.

c) Poisons.

C — Influences réflexes excito-sudorales.

Enfin les irritations de nerfs sensibles peuvent provoquer la sueur par action réflexe.

3° Rôle de l'épithélium glandulaire.

Les glandes sudoripares sont des glandes mérocrines. Avant la sécrétion, les cellules sécrétantes sont hautes, gorgées de liquide transparent. Après une abondante

sudation ces cellules ont diminué de hauteur ; leur protoplasma devient granuleux et perd l'aspect strié qu'il possède à l'état de repos.

Excrétion de la sueur.

L'excrétion de la sueur se fait surtout par le mécanisme de la vis à tergo.

Dyshidrose

La dyshidrose est une affection caractérisée par une éruption de vésicules fermes plus ou moins volumineuses qui se produit d'habitude à la suite d'une hypersécrétion sudorale. Tilbury Fox en 1873 a décrit le premier cette dermatose et lui a donné son nom ; Hutchinson à peu près à la même époque la décrivit sous le nom de cheiropompholyx.

Symptomatologie.

Les vésicules dyshidrosiques sont perlées ; elles sont d'un volume variant d'une tête d'épingle à une lentille et sont généralement profondément situées dans l'épiderme : elles ressemblent assez à des grains de sagou cuits. Leurs parois sont résistantes et il est assez difficile de les rompre ; elles ne s'affaissent pas si on les pique ; elles contiennent un liquide séreux, fluide, transparent à réaction alcaline quand il est pur.

La peau sur laquelle siège l'éruption est presque toujours rouge, parfois épaissie.

Les vésicules dyshidrosiques évoluent de façon très variable. Elles peuvent durer fort peu de temps, quelques heures à peine, rester discrètes, s'ouvrir en ne laissant après elles que de légères squames blanchâtres ; d'autres fois elles ont une durée plus longue se pressent et deviennent confluentes ; d'autres fois encore elles se désséchent sans se rompre formant une sorte de gâteau jaunâtre qui se détache peu à peu.

L'éruption s'accompagne de démangeaisons et de cuissons vives, de tension pénible de la peau ; les extrémités sont douloureuses, tuméfiées quelquefois; les malades sont obligés de se gratter vigoureusement.

La dyshidrose siège de préférence sur les mains, dans les espaces interdigitaux, sur les bords latéraux des doigts, sur les faces palmaire et dorsale de la main. Les pieds sur la face plantaire, le cou, la partie inférieure des avant-bras et des jambes sont plus rarement atteints.

Les éruptions modérées évoluent comme nous l'avons montré plus haut, mais dans des cas plus intenses l'épiderme se rompt, des vésicules suppurent et une véritable dermite aigue s'installe ; l'éruption peut se prolonger et se transformer en eczéma chronique.

Marche.

La dyshidrose évolue en quinze ou vingt jours en moyenne. Les cas légers guérissent plus vite, les cas intenses durent parfois beaucoup plus longtemps; en outre l'affection est fréquemment récidivante et se rétablit avec une régularité désespérante lorsque se reproduisent les causes qui lui ont donné naissance.

Etiologie.

La dyshidrose s'observe surtout après l'âge de sept à huit ans ; les adultes y sont plus prédisposés que les enfants. Elle arrive à la suite de transpirations abondantes. Les hyperidrosiques peuvent voir survenir des poussées dyshidrosiques à toute époque de l'année pour peu qu'ils aient pratiqué un exercice immodéré.

En dehors de ces cas, la dyshidrose est une affection nettement estivale. Elle frappe les individus travaillant au soleil, soumis à des transpirations excessives, cochers, chargeurs, etc. En outre certaines causes générales ont une influence notable sur sa production. Les sujets fatigués, anémiés, les névropathes, les arthritiques y sont particulièrement enclins.

Anatomie pathologique et pathogénie.

Les connaissances sur ce sujet sont encore confuses. Les lésions, intra épidermiques, forment à l'état jeune de petites cavités arrondies, remplies d'un liquide clair et limpide et entourées de cellules épidermiques altérées. Plus tard apparaissent dans le liquide divers produits de dégénérescence cellulaire et quelques leucocytes.

Le siège initial des vésicules dyshidrosiques est très discuté. Unna le place tout à fait superficiellement dans le stratum granulosum juste au dessous de la couche cornée, Williams et Santi immédiatement au dessous du stratum granulosum, Breda au niveau des cellules épineuses. Il est donc probable que leur siège est très variable.

Le plus souvent les vésicules débutent dans les espaces interpapillaires (R. Crocker) ; ce fait a fait croire au rap-

port des vésicules avec les glandes sudoripares. Tilbury Fox et d'autres observateurs ont pensé que les conduits excréteurs étaient violemment distendus par une hypersécrétion sudorale formant ainsi de véritables petits kystes. Cette explication s'accorderait bien avec les faits cliniques, mais elle n'est pas confirmée par les recherches histologiques. Williams et Breda ont démontré en effet que les conduits excréteurs sont presque toujours indépendants des vésicules. Breda a même vu un canal sudoripare traverser complètement une vésicule sans jamais entrer en rapport avec elle.

Il est donc impossible actuellement d'avoir une notion claire de la pathogénie de la dyshidrose. Cliniquement, l'affection est en relations intimes avec les modifications quantitatives de l'excrétion sudorale, anatomiquement il n'y a plus aucunes connexions.

Forez considère la dyshidrose comme une toxinévrodermite, une dermatose vaso-motrice toxique, J. Hutchinson et Robinson comme la résultante de troubles trophiques, Unna comme une infection cutanée due à un bacille de forme spéciale ; on a également soutenu la participation du système nerveux au développement de l'affection ; en somme on n'a encore émis que des hypothèses et le mécanisme précis de sa production n'est pas encore connu.

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas toujours facile ; on a souvent confondu la dyshidrose avec l'eczéma, d'ailleurs elle est quelquefois le point de départ d'un eczéma chronique. D'une façon générale les vésicules dyshidrosiques sont

plus grosses, plus fermes et persistent plus longtemps que les vésicules de l'eczéma. Le liquide qu'elles contiennent est clair, fluide, n'ayant pas la consistance gommeuse de la sécrétion eczémateuse. La dyshidrose a ses sièges d'élection, l'eczéma occupe les endroits les plus divers ; enfin l'évolution des deux affections est bien différente, la dyshidrose guérissant beaucoup plus rapidement que l'eczéma.

L'hidrocystome diffère de la dyshidrose par son siège exclusif au visage et sa localisation intra-dermique. Les sudamina sont plus généralisés, ont un plus petit volume et une durée moins longue.

La localisation des vésicules dyshidrosiques dans les espaces intergiditaux peut amener à faire le diagnostic avec la gale ; mais on ne trouve pas de sillons, le prurit est plus modéré et n'a pas d'exacerbations nocturnes ; en outre les autres régions favorites de la gale ne sont pas atteintes.

Les vésicules de certaines formes de trichophytie cutanée sont réparties en petits groupes nettement limités, disséminés au hasard et non pas sur des lieux d'élection comme dans la dyshidrose.

Enfin quelques dermites artificielles médicamenteuses (salol, iodoforme), peuvent laisser le diagnostic en suspens ; mais leur siège varie avec celui du pansement qui leur a donné naissance, en outre l'éruption est polymorphe, d'autres éléments se joignant aux vésicules d'aspect dyshidrosique.

Traitement.

Le traitement doit être simple et non irritant. Si les vésicules sont volumineuses on les ouvrira avec soin

puis on les lavera avec une solution de bicarbonate de soude (10 p. 1000). On panse ensuite avec une poudre inerte, talc et oxyde de zinc par exemple. Deux ou trois fois par jour le malade change son pansement et se lave à l'eau bicarbonatée. Plus tard vers la fin de l'affection, on peut employer des kératolytiques faibles, pommades salicylées ou résorcinées. S'il existe des phénomènes inflammatoires très prononcés, on devra recourir aux pansements humides à l'eau bouillie. En outre l'hygiène générale est très importante. Les sujets atteints doivent s'abstenir de mets épicés ou excitants : charcuterie, gibier, coquillages, poissons de mer, etc. Les diurétiques sont recommandés avec avantage ; les arthritiques se trouvent bien de l'usage des eaux minérales de Vittel ou d'Evian.

Hidrocystome

Cette affection confondue longtemps avec la dyshidrose en a été séparée depuis les études de Robinson qui lui a donné le nom d'hidrocystome. Elle est caractérisée par le développement sur le visage de petits kystes du volume d'un grain de chénevis.

Symptômes.

Les lésions sont disséminées sur la face notamment au voisinage des yeux, sur le nez, les pommettes, le bas du front, les tempes. Elles consistent en petits kystes globuleux, durs au toucher, intra-dermiques, formant une légère saillie et présentant une teinte analogue à celle des grains de sagou cuits. Leur nombre est très variable, on en compte quelquefois une centaine. Quand on les perce avec une épingle ils s'affaissent complètement en donnant

issue à un liquide clair et aqueux. L'affection est complètement indolente.

Etiologie.

L'hidrocystome est une affection de l'âge mûr et il est quatre fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les hyperhidrosiques, les nerveux y sont sujets, de même les individus exposés à la chaleur des fourneaux, blanchisseuses, cuisinières, etc. L'affection apparaît d'habitude au moment des premières chaleurs ; les kystes augmentent de volume l'été et à l'occasion des transpirations abondantes ; l'hiver ils sont moins apparents, peuvent même disparaître pour se reproduire l'année suivante et cela indéfiniment. C'est donc une affection sujette à des variations saisonnières très marquées.

Anatomie pathologique et pathogénie.

Les kystes sont situés plus ou moins profondément dans le derme ; ils soulèvent légèrement le corps papillaire et l'épiderme ; les glandes sudoripares voisines ont leurs conduits dilatés et ouverts dans l'intérieur des kystes.

Robinson pense que les hidrocystomes sont dus à l'obstruction des conduits sudoripares par de l'épithélium détaché sous l'influence de l'hyperhidrose ; Déhu et Daru croient qu'ils sont la conséquence d'une malformation congénitale ; ils resteraient latents pendant une grande partie de la vie pour se manifester pendant l'âge mûr.

En tout cas, les hidrocystomes diffèrent totalement de la dyshidrose par leur siège intra-dermique et leur longue durée.

Traitement

L'affection n'est pas gênante, mais disgracieuse. On ne possède qu'un seul moyen de traitement ; c'est d'ouvrir les kystes par des cautérisations très fines.

Les Miliaires d'été

Les miliaires d'été peuvent être ramenées à deux types principaux :

1° Les miliaires proprement dites.

2° Les pyodermites sudorales.

L'éruption de miliaire occupe le tronc, les membres du côté de la flexion, le cou et le front. Elle est constituée tantôt par un semis de fines vésicules entourées d'une petite aréole rosée congestive : tantôt par de toutes petites papules érythémateuses (miliaire rouge). Le liquide contenu dans les vésicules est clair dans la miliaire cristalline, jaune quand il devient purulent. L'éruption donne lieu à un prurit peu accentué dans la plupart des cas. Elle évolue très rapidement.

Pollitzer soutient que les vésicules sont dues à la distension des conduits excréteurs sudoripares ; Torok les considère comme le produit d'une colliquation épidermique.

Les pyodermites sudorales décrites par Perrin en 1897, appelées aux colonies bourbouilles pustuleuses, se rencontrent toujours associées aux miliaires proprement dites. Nous allons les étudier plus longuement.

Pyodermites sudorales

Etiologie.

La chaleur est le facteur principal des pyodermites sudorales, mais l'humidité joue aussi un grand rôle en gênant l'évaporation de la sueur et en facilitant sa stagnation sur la peau. Aussi ces éruptions se développent-elles de préférence dans les villes côtières. C'est ainsi que d'après Mondot on les voit souvent dans la zone côtière en Algérie; c'est ainsi que les habitants des Antilles en sont fort incommodés. A Madagascar elles sont rares pendant la saison sèche, fréquentes par contre pendant la saison pluvieuse et chaude.

Nous avons observé ces éruptions à Marseille surtout sur les enfants ; les adultes seraient peut-être moins fréquemment atteints. Presque tous les malades présentent quelque tare qui diminue les moyens de défense de l'organisme ; leurs antécédents sont presque toujours chargés ; on y trouve, scrofule, rachitisme, tuberculose, arthritisme, alcoolisme, insuffisance hépatique, diabète. D'autres causes de débilitation agissent également ; les nourrices, les femmes enceintes, les convalescents d'affections diverses ne sont pas toujours épargnés. Les troubles digestifs se rencontrent fréquemment; beaucoup d'enfants présentent soit de la dilatation d'estomac, soit de la constipation, de la diarrhée, de la fétidité des selles, de la gastro-entérite chronique ou aigüe.

Les conditions sociales sont aussi très importantes. Chez beaucoup de nos malades l'alimentation laissait à désirer ; les règles de l'hygiène n'étaient point observées. Logements sales, mal entretenus, étroits, sans air, dans lesquels la température était extrêmement élevée : enfants jamais nettoyés, portant sur la peau des vêtements de laine crasseux qui provoquaient des sueurs profuses et la rétention de ces sueurs.

Chez les adultes sont surtout atteints ceux qui vivent au milieu des températures élevées. Les ouvriers des quais qui manipulent des marchandises toute la journée au soleil, les cochers, voituriers, charretiers, transpirent abondamment. Les boulangers, les fondeurs, les forgerons, les verriers passent leur vie dans une véritable fournaise. Les chauffeurs sont exposés à des températures extraordinaires. En Europe elles varient de 45° à 50°, mais dans les pays chauds elles vont bien au delà. A bord de l'«Eclair» en 1855 avec une température extérieure de 35°, le thermomètre marquait 70° dans la chambre de chauffe. De telles chaleurs obligent à boire abondamment ce qui augmente encore la transpiration. Tous ces hommes fournissent aussi un large tribut aux pyodermites sudorales.

En revanche chez les sujets sains exempts de toute tare, ayant souci des règles de l'hygiène, chez les individus de la classe aisée les éruptions sudorales ne dépassent pas le type de sudamina ou de vésicules miliaires.

Localisations des pyodermites sudorales.

Il résulte de nos observations que les pyodermites sudorales se rencontrent surtout dans les régions du

corps où la peau est la plus délicate. L'extrémité céphalique est sans contredit l'endroit de choix. Sur la face, le front surtout la bordure du cuir chevelu, le nez, les paupières sont les endroits les plus fréquemment atteints, tandis que le menton et les joues sont en général respectés. Au cuir chevelu et au cou l'éruption s'installe bien souvent et presque toujours d'une manière assez intense. Sur le reste du corps les pyodermites sont plus disséminées. Chez les chauffeurs qui dans leurs machines sont nus jusqu'à la ceinture et plus ou moins encrassés de charbon, on en voit autour de l'ombilic et sur les plis du ventre. Mais d'habitude elles siègent plutôt à la partie supérieure du tronc, aux aisselles, à la région dorso-lombaire, aux membres supérieurs du côté de la flexion; elles sont rares aux membres inférieurs. Comme faisant un trait d'union ou un fond à ces pyodermites, on voit d'ordinaire soit des sudamina soit plus souvent des vésicules miliaires qui selon les cas sont cristallines, blanches ou jaunes.

Description clinique.

Les éléments constitutifs de l'éruption tantôt suppurés tantôt non suppurés entourés comme nous l'avons dit par de nombreuses vésicules miliaires forment des nodosités de volume très variable hypodermiques ou dermiques. Ils affectent la forme soit de tubercules non suppurés, soit de papulo-pustules suppurées, soit enfin de papulo-tubercules.

a) Tubercules. — Ce sont de petites productions morbides d'une évolution lente qui infiltrent le plus souvent les couches profondes du derme ou qui plus rarement

prennent naissance dans le tissu conjonctif sous cutané. Les tubercules sont arrondis, quelquefois ovalaires, sphériques et bien circonscrits ; leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'un pois et même plus. Ils font une légère saillie au-dessus du niveau des téguments constituant quelquefois même un véritable petit plateau bosselé quand ils sont confluents. La peau est légèrement érythémateuse à leur niveau ; ils ne sont douloureux qu'à la pression. Sur les parties du corps où la peau est en rapport presque intime avec le squelette (cuir chevelu, front), ils sont adhérents, ailleurs ils sont très mobiles.

b) Papulo-pustules. — Ici l'élément primitif est papuleux, sur lui se greffe une pustule plus souvent dermique qu'épidermique.

c) Papulo-tubercules pustuleux. — Ces éléments font une saillie assez forte au-dessus des téguments. Leur base est dure mais leur sommet ramolli, fluctuant, rouge vif, laisse voir sous la peau amincie et tendue une collection purulente : après l'ouverture de celle-ci, le sommet se recouvre de croûtes.

Dans l'aisselle les pyodermites sudorales ont été étudiées depuis longtemps. Verneuil en 1854 leur a donné le nom d'*hydrosadénites*. Ce sont de petites tumeurs qui arrivent à la résolution ou qui contractent des adhérences avec la peau et forment des abcès du volume d'une noix. Elles ont leur siège primitif dans le tissu cellulaire sous cutané et évoluent par groupes de deux ou trois et même plus.

Toutes ces lésions siègent sans aucun ordre sur les parties que nous avons indiquées ; ici elles sont nettement séparées, là elles sont confluentes formant des

mamelons irréguliers. Tous les degrés de leur évolution peuvent être étudiés sur le même individu. Parfois elles sont très nombreuses couvrant presque complètement le front, le cou, ainsi que le cuir chevelu sur les régions temporo-pariétales et occipitales.

Les malades adultes se plaignent de sensations de prurit plus rares chez les enfants. Dans certains cas, si les pyodermites se généralisent, les douleurs deviennent insupportables ; exaspérées par le frottement des vêtements, elles empêchent même le sommeil, obligent le patient à se gratter continuellement ce qui ouvre une large porte aux diverses infections. Le plus souvent en revanche, le prurit est léger, supportable, les éléments éruptifs n'étant douloureux qu'à la pression.

Marche.

Ces diverses lésions non traitées peuvent durer assez longtemps. Les tubercules n'arrivent pas à la suppuration, ils restent indurés puis diminuent petit à petit pour disparaître au bout de quatre à cinq semaines. Les autres éléments suppurent sans donner lieu à une expulsion de bourbillon. Mais d'autres nodosités peuvent se former si le malade continue à transpirer abondamment ou si il ne modifie pas ses conditions hygiéniques ; c'est ainsi que l'éruption de bourbouilles coloniales dure quelquefois deux à trois mois. En outre les malades non soignés s'exposent à des complications qui retardent l'apparition de la guérison. Au contraire quand la maladie est traitée, l'évolution est beaucoup plus rapide. Quinze jours au plus suffisent pour obtenir la cicatrisation des éléments

suppurés. Les tubercules résistent un peu plus longtemps.

Bien qu'assez semblable comme aspect à la furonculose, l'éruption de pyodermites sudorales en diffère totalement au point de vue de l'évolution. La furonculose est rebelle à tous les traitements internes ou externes ; elle procède par poussées successives qui durent des mois entiers, quelquefois des années. Dans quelques cas, les malades maigrissent, perdent tout appétit et se cachexisent ; parfois un diabète concomitant vient assombrir le pronostic. Au contraire les pyodermites sudorales bien traitées évoluent rapidement, n'affaiblissent pas l'état général et sont d'un pronostic tout à fait bénin.

Complications.

Les complications les plus fréquentes sont dues aux grattages exagérés et à l'absence de soins ou bien encore à l'application de produits trop irritants. Les malades en grattant les éléments suppurés s'inoculent de proche en proche et bientôt on voit apparaître de larges surfaces excoriées et ulcérées, véritables dermites qui s'eczématisent et s'impétiginisent ; mais elles sont facilement guéries par un traitement légèrement antiseptique.

D'autres complications plus rares sont les alopécies du cuir chevelu consécutives aux pyodermites sudorales de cette région. Quand l'éruption a été intense les zones glabres sont nombreuses ; elles sont arrondies ; la peau à leur niveau n'est pas blanche comme dans la pelade mais légèrement érythémateuse. Le Dr Brocq a étudié ces formes d'alopécie ; il pense que les régions péri-pyodermiques sont dépilées par une toxine sécrétée par le

staphylocoque doré. Les alopécies ne sont pas définitives, les cheveux repoussent ; il reste seulement un tout petit point glabre au siège d'ouverture de la folliculite.

Pathogénie.

Comme les autres éruptions de la même nature, les pyodermites sudorales sont probablement consécutives à une hypersécrétion sudorale accompagnée de phénomènes congestifs périglomérulaires ; elle résultent également du manque de soins hygiéniques. Le staphylocoque si fréquent à la surface de la peau trouve ainsi un terrain bien préparé ; il pénètre dans l'intérieur des canaux sudorifères et donne naissance aux diverses pyodermites que nous avons décrites.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des pyodermites sudorales a été encore peu étudiée. Il serait fort intéressant de pratiquer de nombreuses biopsies afin de bien examiner les lésions. Nous ne possédons actuellement que deux examens pratiqués en 1897 par Mr le Dr Pillet sur la demande du Professeur Perrin. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire intégralement les descriptions du Dr Pillet.

« *Abcès sudoripares.* — Les coupes portant sur les deux « fragments de peau, colorés par le carmin d'alun ou « l'hématéine, ont donné partout les mêmes résultats.

« Il s'agit d'une suppuration des glandes sudoripares « que l'on voit dilatées et entourées de traînées de cellules « embryonnaires au voisinage des foyers. Il est pourtant « à remarquer qu'un grand nombre d'entre elles sont « intactes.

« A un degré plus avancé, la masse glandulaire est « confondue et les tubes cessent d'être distincts, sauf « ceux de la périphérie, à cause de l'accumulation de « cellules migratrices qui morcellent le peloton glandu- « laire.

« Le centre de ce peloton se nécrose alors, et l'on « observe un petit abcès occupant toute la moitié de la « hauteur du derme, c'est-à-dire le siège normal des « pelotons sudoripares. Il s'étend en profondeur jusqu'à « la couche adipeuse qui est très légèrement enflammée « à son contact, l'inflammation se propageant par les « voies lymphatiques, et vient en surface affleurer le « bord papillaire. La cavité est légèrement aufractueuse, « bordée par des tubes enflammés et refoulés, le derme « ambiant reste à peu près intact. C'est donc un pro- « cessus très localisé au peloton sudoripare ; — on n'a « pu sur les espèces envoyées observer le stade de « réparation. »

Cet examen montre bien qu'on a affaire ici à une suppuration nettement sudoripare. Nous croyons cependant qu'il n'en est pas toujours de même et que sur le même individu il existe à la fois des suppurations localisées aux glandes de la sueur et des suppurations sébacéo-pilaires.

Diagnostic.

Le diagnostic est extrêmement facile. Ces éruptions s'observent pendant les mois d'été et par séries coincidant avec les jours les plus chauds. On ne peut les confondre avec la furonculose ni avec les autres pyodermites par suite de la différence d'évolution ; en outre on trouve toujours quelques sudamina ou miliaires qui mettent sur la voie du diagnostic. L'interrogatoire des malades montre toujours que leur transpiration est exagérée.

Traitement.

Le traitement est très simple. Les pansements humides à l'eau bouillie sur les parties suppurées renouvelés trois fois par jour, quelques lotions à l'eau d'Alibour ou à la liqueur de Van Swieten, de vastes poudrages sur le reste du corps suffisent généralement. Quelquefois, si les abcès sont trop gros, il est bon de les inciser pour éviter des douleurs inutiles aux malades. On doit empêcher les trop fortes transpirations par des lavages vinaigrés, régler la quantité journalière de boissons, éviter l'irritation de la peau en proscrivant le port de la flanelle et des vêtements de laine ou en interposant entre eux et la peau des linges de toile fine. Souvent un simple changement dans les conditions hygiéniques, l'envoi des malades dans un endroit plus tempéré activent étonnamment la guérison. Si l'on a affaire à un sujet anémié, affaibli, quelques toniques lui seront prescrits avec avantage.

Une hygiène minutieuse du corps est d'une excellente prophylaxie. Une douche quotidienne, une bonne ventilation des appartements sont de bons moyens de préservation. Aussi voit-on rarement les gens soigneux, vivant dans un milieu aéré, être atteints de pyodermites sudorales.

OBSERVATIONS

L'été de 1904 particulièrement chaud nous a permis d'observer à Marseille de nombreux malades atteints d'éruptions sudorales. Nous n'avons vu que trois cas de dyshidrose et un cas d'hidrocystome. Au contraire les pyodermites sudorales accompagnées de miliaires ont été très fréquentes. Nous avons vu peu de cas exclusivement constitués par des sudamina et des miliaires; en effet presque tous nos malades appartenaient à la classe pauvre où le manque d'hygiène favorise l'éclosion des pyodermites.

Sur un total de 53 cas, nous trouvons 30 enfants, 10 garçons et 20 filles; 23 adultes, 13 hommes et 10 femmes; au total 30 cas féminins et 23 cas masculins. Les éruptions sont donc bien plus fréquentes chez l'enfant et la femme dont la peau est plus fine et plus délicate. Le nombre des malades augmente à mesure que la température s'élève. Leur courbe de fréquence est parallèle

à la courbe thermométrique. Le tableau suivant montrera bien ce fait.

Dates	Nombre de malades observés	Moyenne des températures maxima des 6 jours précédents
18 mai	1	25°4
1er juin	1	25°8
29 »	2	28°3
1er juillet	1	29°1
6 »	1	29°8
7 »	4	30°1
8 »	1	30°5
11 »	1	30°8
13 »	1	30°9
15 »	1	31°6
18 »	2	31°8
21 »	2	32°
22 »	3	31°9
25 »	1	31°6
27 »	3	31°7
29 »	6	31°8
1er août	1	31°6
4 »	2	30°8
10 »	1	31°4
14 »	1	32°
17 »	1	31°9
19 »	3	32°
22 »	1	31°9
23 »	3	31°9
24 »	4	31°9
29 »	2	24°9
15 septembre	2	24°5
29 »	1	20°3

NOTA — Les températures ont été prises à l'Observatoire de Marseille dans un endroit assez élevé et à l'ombre

Presque toutes nos observations proviennent soit du dispensaire des enfants malades, soit de la clinique dermato-syphiligraphique de notre maître M. le Docteur Perrin. Les trois premières seules prises à Madagascar et empruntées à Tribondeau sont bien antérieures à 1904. Nous avons tenu à les faire figurer, car elles montrent bien l'évolution des bourbouilles coloniales.

Observation I. (Tribondeau)

M., vingt-huit ans, gabier auxiliaire.— Les bourbouilles pustuleuses apparues dans l'aisselle droite au sommet du creux axillaire ont de ce point rayonné, comme cela a lieu presque toujours, vers les limites anatomiques de la région (grand dorsal, grand pectoral, face interne du bras), les franchissant bientôt pour s'étendre à la poitrine, au dos, au bras, qu'elles ont déjà atteint le 3 janvier 1896, époque à laquelle le malade se présente à la visite. Or, on peut distinguer dans cette aisselle une série de lésions disposées en zones concentriques d'une régularité surprenante, presque schématique.

Une première zone, tout à fait périphérique, est constituée par des sudamina disséminés. Un grand nombre s'entourent déjà d'un liseré rose inflammatoire et constituent des miliaires citrines. Les miliaires sont plus nombreuses vers le côté axillaire de la zone, les sudamina plus abondants vers le côté périphérique. Mais on ne peut pas facilement établir une délimination entre ces deux sortes de lésions. Cette zone externe est en somme constituée

par des bourbouilles à leurs deux premières phases : sudamina et miliaires citrines.

Dans la deuxième zone, située immédiatement en dedans de la précédente, les bourbouilles ont subi une modification capitale ; elles sont devenues purulentes. Elles affectent deux nouvelles formes : les pustules miliaires et les petites bourbouilles pustuleuses rondes, tantôt blanches, tantôt jaunes. Les petites bourbouilles pustuleuses ne se distinguent des pustules miliaires que par leur volume ; tandis que celles-ci ont, comme leur nom l'indique, la grosseur d'un grain de mil, celles-là peuvent atteindre 5 millimètres de diamètre. Entre ces deux grosseurs il y a place pour un foule d'intermédiaires. Les petites bourbouilles pustuleuses ont une forme ronde très régulière.

La troisième zone, de toutes la plus vaste, est criblée de grosses pustules jaunes ou blanches. Leur forme est elliptique. Le grand axe de l'ellipse est presque constamment dirigé dans la verticale. Sur la face interne du bras les bourbouilles s'allongent dans la direction même du membre sur le tronc, dans la direction longitudinale du corps, etc..... Cela s'explique par l'augmentation considérable du liquide de la pustule, lequel, entraîné par son poids, pèse sur la partie inférieure de la poche qui le renferme et en augmente la longueur par décollement des couches superficielles de l'épiderme. Le volume des grosses pustules est très variable. Les blanches atteignent les plus grandes dimensions, 12 et même 14 millimètres suivant leur grand diamètre. Les jaunes n'ont guère que 5 à 10 millimètres de longueur. Dans un certain nombre de grosses pustules blanches, il se produit un phénomène qui leur donne un aspect tout particulier. A un moment donné les globules du pus ne restent plus en suspension

dans le liquide et les pustules cessent d'être louches dans leur totalité. Il est probable que le liquide abondant accumulé rapidement dans la grosse pustule est moins dense et que les globules, obéissant aux lois de la pesanteur, tombent dans la moitié inférieure de la pustule. Si l'on examine une pareille pustule sur la face interne du bras, par exemple, on la voit donc divisée en deux parties : l'une inférieure du côté de la main, trouble, floconneuse ; l'autre supérieure, du côté de l'aisselle, complètement citrine. La différence de densité n'est toutefois pas telle qu'il suffit de faire lever le bras du malade pour que les cellules contenues dans une moitié de la vésicule passent rapidement dans l'autre ; il faut, pour que ce mouvement s'opère, un temps assez long. A travers la paroi épidermique très mince et transparente de la pustule et le liquide citrin sous-jacent, on aperçoit un fond rouge. Sur ce fond, à la limite de la zone floconneuse et de la zone citrine, on distingue une tache blanche, quelquefois légèrement jaune de la grosseur d'une tête d'épingle environ. Si l'on crève la paroi de la pustule, les liquides citrin et purulent s'écoulent, mais cette petite tache persiste au centre du plancher de la pustule ; c'est là selon moi le vestige de la lésion primitive, de la pustule miliaire. La persistance de cette tache formée par du pus très condensé ne peut s'expliquer que de deux façons. La cavité de la grosse pustule est la même que celle de la pustule miliaire considérablement dilatée par un liquide purulent de formation récente et très rapide ; mais dans cette cavité unique, le pus de la miliaire , plus concret, est resté adhérent au plancher de l'ancienne pustule miliaire devenu la partie centrale du fond de la grosse pustule. Ou bien, ce qui est encore très possible, la grosse pustule s'est développée superficiellement par rapport à la pustule miliaire,

dans un dédoublement des couches épidermiques qui enveloppaient cette dernière, en sorte qu'il existe entre les deux pustules un très mince feuillet qui empêche le mélange de leurs contenus. Il semble en effet que la paroi épidermique de la grosse pustule soit plus mince que celle de la pustule miliaire ; peut être n'est ce là qu'un effet de la distention ; l'examen au microscope d'une section de la pustule entière pourrait seule nous fixer sur ce point.

Dans la quatrième zone enfin, zone médiane, située au sommet de l'aisselle, et où les lésions sont plus agées, les pustules sont rompues et il existe à leur place une série d'ulcérations superficielles elliptiques à contours parfaitement réguliers, où les couches profondes rouge foncé de l'épiderme sont à nu. A mesure qu'on avance vers le centre même de l'aisselle, ces ulcérations deviennent de plus en plus pâles en même temps qu'elles se recouvrent d'une couche d'épiderme nouveau de plus en plus épaisse.

Observation II. (Tribondeau)

G..., quartier maître de timonerie a présenté une éruption de pustules après deux mois de séjour sur la «France». Mais la santé générale de cet homme a été plus éprouvée en un mois que celle de bien d'autres en un an. Quelques jours après son arrivée à bord, il a été pris de fièvre palustre qui a duré du 25 Janvier au 5 Février 1896. Il n'a pu reprendre son service que le 27 février. Il était encore à ce moment très anémié et continuait à être traité à l'infirmerie du bord, quand le 6 mars 1896 l'éruption s'est déclarée avec une intensité remarquable dans les aisselles,

et de là a gagné tout le corps sauf le cou, la face, les mains et les pieds. Il s'est produit des pustules très volumineuses, la plupart jaunes, quelques unes blanches, qui ont moucheté la peau de larges ulcérations. Beaucoup de celles-ci ont donné lieu à un suintement abondant qui s'est desséché à leur surface sous forme de croûtes ayant jusqu'à plusieurs millimètres d'épaisseur. La guérison a été plus longue à obtenir que dans les cas ordinaires, elle n'était complète que le 26 mars, après 20 jours de traitement.

Observation III. (Tribondeau)

M. G..., aspirant, a des antécédents héréditaires arthritiques très nets, ses parents sont rhumatisants. Il a présenté avant l'éruption des bourbouilles pustuleuses, de l'eczéma de la barbe, après leur disparition un eczéma aigu très intense du cuir chevelu. Chez lui l'arthritisme a imprimé son cachet aux pustules, les surfaces ulcérées ont laissé sourdre un liquide jaune, gommeux, qui s'est desséché à leur surface ; la zone inflammatoire péripustuleuse a été large ; la peau a abondamment desquamé à ce niveau.

Observation IV.

Homme — 2 ans 1/2, est amené à la clinique du Dr Perrin le 18 mai 1904. Cet enfant souffre d'une entérite depuis plusieurs mois. Il présente une éruption sudorale miliaire accompagnée de pyodermites, furoncles, folliculites, abcès dermiques siégeant aux régions temporales frontales, sur les joues et sur le cou.

Observation V.

Homme — 10 mois, venu le 1er juin 1904. Chez ce petit malade les pyodermites sudorales se sont localisées au cuir chevelu qui est farci de petits abcès gros comme des noisettes. L'enfant transpire abondamment, il est beaucoup trop chaudement vêtu. Son état général n'est pas brillant ; c'est un rachitique avec un gros ventre.

Observation VI.

Homme — 3 ans 1/2, est amené à la clinique le 29 Juin 1904. Mauvaises conditions hygiéniques. Eruption sudorale avec pyodermites sur le front.

Observation VII.

Femme — 2 ans, venue à la clinique le 29 Juin 1904. Pyodermites sudorales sur le front, au cou. Convalescente d'affection gastro-intestinale.

Observation VIII.

Femme — 23 ans, repasseuse, vient consulter le 1er Juillet 1904. L'appartement dans lequel elle travaille est très chaud en raison de son exposition au soleil couchant. Un fourneau destiné à chauffer les fers augmente encore la température. Comme nous avons affaire ici à une femme de bonne santé, propre et soigneuse, l'éruption sudorale est constituée seulement par des sudamina dis-

persés sur la poitrine, le dos, les lombes et une éruption dyshidrosique sur les mains et les doigts.

Observation IX.

Femme — 4 ans, venue le 6 Juillet 1904. On voit très nettement sur la lèvre supérieure et sur le lobule du nez de petites gouttes de sueur. Nombreuses pyodermites sudorales sur la face, le cou, les bras et le tronc.

Observation X.

Femme — 18 mois, venue le 7 Juillet. Enfant sale et mal tenue, étouffant dans ses langes de laine de propreté douteuse, nombreuses pyodermites sudorales.

Observation XI.

Femme — 4 ans venue, le 8 Juillet 1904. L'éruption occupe le front, le nez, les joues, le menton avec des folliculites sur les jambes et les membres supérieurs, on voit des sudamina et des pyodermites. Enfant amaigrie, misère physiologique.

Observation XII.

Homme — 14 mois, vu le 9 Juillet. La nuque du petit malade est entièrement recouverte de furoncles agglomérés. Sur tout le reste du corps, on voit des pyodermites sudorales ainsi que des papules miliaires. L'enfant ne peut dormir ; il crie et se plaint continuellement. Il est maigre. Chapelet rachitique.

Observation XIII.

Homme — 22 mois, amené le 9 Juillet 1904. Eruptions sudorales avec pyodermites disséminées et impétigo sur la face et le cou. Enfant gros et suralimenté.

Observation XIV.

Femme — 2 ans 1/2, amenée le 9 Juillet. Cette enfant est couverte de pyodermites sudorales ; un gros abcès se trouve à la région occipitale. Elle couche sous les toits dans un taudis surchauffé toute la journée par les rayons solaires. Privée de sa mère, morte tuberculeuse, elle est élevée sans soins, buvant des quantités considérables de liquide et mangeant à toute heure.

Observation XV.

Femme — 5 ans, venue le 11 Juillet. Présente des pyodermites sudorales avec un petit abcès de la paupière supérieure gauche. En outre on remarque un eczéma des narines et du bord cutanéo muqueux de la lèvre supérieure.

Observation XVI.

Homme — 18 ans, boulanger, vient à la clinique le 19 Juillet. Le malade fait remonter le début de son affection à 4 semaines environ. Les pyodermites sudorales sont répandues sur le front, le tronc, les membres supérieurs

et inférieurs. Le prurit est insupportable. Le malade se gratte continuellement ce qui a occasionné de l'éczématisation des régions externes des avant-bras.

Observation XVII.

Femme — 2 ans, observée en ville. Eruption sudorale généralisée et sans prurit, affectant le type des sudamina avec quelques papules miliaires, mais point de pyodermites. L'enfant en effet d'une condition sociale aisée vit entourée de soins hygiéniques. L'éruption a évolué en trois jours.

Observation XVIII.

Femme — 7 ans, venue le 18 Juillet. Boit beaucoup. Pyodermites sudorales, sur le nez, le front, les joues et le menton.

Observation XIX.

Femme — 36 ans, vient consulter le 18 Juillet 1904. L'éruption n'est constituée que par des sudamina sur le front, les joues, la poitrine, le dos, les lombes. Très nerveuse cette femme souffre aussi d'une constipation opiniâtre.

Observation XX.

Femme — 14 mois, amenée à la clinique le 21 Juillet 1904. Présente une éruption sudorale avec pyodermites abondantes sur la face et le cuir chevelu. L'alimentation de cette petite malade est mal réglée.

Observation XXI.

Homme — 32 ans, chauffeur arrivant de Chine, a supporté en mer Rouge dans la machine des températures extraordinaires de 60° à 70° (dit-il). Le malade est couvert de pyodermites, surtout au niveau des flancs, des lombes, poitrine, bras, cou et front. Il souffre de violentes démangeaisons et ne peut dormir. Etant en congé, il part sur notre conseil, chez un parent habitant la Savoie et nous écrit enthousiasmé quelques jours après, qu'il est presque débarrassé de sa gênante affection. Cette observation montre combien les pyodermites sont heureusement influencées par un simple changement de climat.

Observation XXII.

Homme — 26 ans, cocher, vient consulter le 22 Juillet. C'est un alcoolique buvant de nombreux apéritifs et beaucoup de vin. Sudamina aux lieux d'élection avec quelques pyodermites.

Observation XXIII.

Femme — 4 ans, amenée le 22 Juillet. Mauvais état général. Atteinte d'ostéo-arthrite suppurée tuberculeuse ; présente de nombreuses pyodermites sudorales sur la face.

Observation XXIV.

Homme — 58 ans, chauffeur, venu consulter le 22 Juillet. Arrive de Madagascar. Le malade est couvert de

dermites furonculeuses et pustuleuses abondantes surtout sur le tronc. L'éruption ressemble aux bourbouilles décrites par les médecins de marine.

Observation XXV.

Femme — 3 ans, amenée le 25 Juillet. Cette enfant n'est pas réglée comme boissons ; elle absorbe journellement de grandes quantités de liquide. Présente des pyodermites sudorales sur la face et la partie supérieure du tronc ; on voit sur le lobule du nez une surface érythémateuse avec gouttelettes de sueur. Plusieurs abcès dans le cuir chevelu.

Observation XXVI.

Femme — 8 ans, venue le 27 Juillet. Enfant pâle et anémiée. Pyodermites sudorales sur la face, confluentes sur le front.

Observation XXVII.

Homme — 57 ans, camionneur. Cet homme passant ses journées au soleil sur le siège de son camion, éprouve fréquemment le besoin de boire ; c'est un alcoolique. Nombreuses pyodermites sudorales sur le front, le cuir chevelu et les tempes.

Observation XXVIII.

Femme — 64 ans, venue le 27 juillet. Nombreux sudamina et pyodermites sudorales multiples sur la face, les tempes, le cou.

Observation XXIX.

Femme — 5 ans, amenée le 29 juillet. Enfant mal tenue. Pyodermites sudorales confluentes sur les régions maxillaires, le cou, le dos du nez, le front.

Observation XXX.

Femme — 2 ans, amenée le 29 juillet. Atteinte de gastro-entérite, cette petite malade présente une éruption sudorale avec pyodermites sur le dos des mains, le bord radial des poignets, les plis des coudes, les membres inférieurs; en outre desquamation exfoliatrice marginée de la langue.

Observation XXXI.

Femme — 38 ans, venue consulter le 29 juillet. Mauvais état général. Avortement de 6 mois suivi d'albuminurie en janvier 1904. Pyodermites sudorales sur le front, les tempes (furoncles, folliculites, etc.).

Observation XXXII (prise en ville).

29 juillet. — Il s'agit d'un chargeur des quais âgé de 43 ans, alcoolique, de sa femme, 39 ans, et d'un de ses enfants, 5 ans (misère physiologique). La température qui règne dans leur logement bas de plafond, mal aéré, situé sous les toits, est très élevée. Nos trois malades sont couverts de pyodermites sudorales abondantes surtout aux tempes, front, cou. L'enfant en outre a plusieurs abcès dans le cuir chevelu.

Observation XXXIII.

Femme — 4 ans, amenée le 1er août. Eruption sudorale miliaire sur le menton, le nez, le dos des mains, les poignets, avec impétigo confluent de la face.

Observation XXXIV.

Femme — 4 ans, amenée le 4 août. Eruption sudorale papuleuse miliaire siégeant sur les endroits d'élection.

Observation XXXV.

Homme — 7 mois et demi. Amené à la clinique le 4 août. Enfant rachitique, tétées non réglées. Pyodermites sudorales abondantes, surtout sur le cou, le front et les membres supérieurs.

Observation XXXVI.

Homme — 2 ans et demi, venu le 10 août. Alimentation et boissons mal réglées. Pyodermites sudorales à la partie supérieure du tronc et sur le cou. Abcès à la paupière supérieure droite ; impétigo auriculaire et rétro-auriculaire.

Observation XXXVII (prise à l'Hospice Ste-Marguerite).

Femme — 14 août. Repasseuse, 57 ans. Hyperhidrosique habituelle, présente depuis deux ans une vingtaine d'hidrocystomes placés sur le côté gauche de la face, surtout dans les régions des pommettes et des tempes.

Ces kystes sudoraux disparaissent presque complètement l'hiver ; l'été, dès les premières chaleurs, ils deviennent volumineux.

Observation XXXVIII.

Femme — 18 ans, venue le 17 août. Arthritique. Eruption dysidrosique inderdigitale confluente formant d'énormes soulèvements bulleux. La peau sous jacente est rouge. La malade se plaint de sensations de prurit et de tension douloureuse des téguments.

Observation XXXIX.

Femme — 41 ans, venue le 19 août. Nourrice. Cette malade boit beaucoup de vin. Eruption de pyodermites sudorales sur les poignets, le cou et front.

Observation XL.

Homme — 40 ans, maçon, venu le 19 août. Transpire abondamment, pas de soins hygiéniques. Pyodermites sudorales.

Observation XLI.

Homme — 43 ans, liquoriste, venu le 19 août, alcoolique. Pyodermites sudorales sur la face, le cou et l'avant bras. Sudamina dans les régions inter-mammaires, inter-scapulaires et lombaires.

Observation XLII.

Homme — 44 ans, docker, venu le 22 août. Boissons abondantes, alopécies séborrhéiques avec hyperhidrose. Eruption confluente furonculeuse, sillon naso-génien nuque et cuir chevelu depuis un mois et demi.

Observation XLIII.

Homme — 50 ans, docker, venu le 23 août. Boit beaucoup. Hyperhidrose habituelle du front. Pyodermites sudorales, folliculites et pustules sur tout le cuir chevelu, le cou, le front, les tempes.

Observation XLIV (Hôpital Ste-Marguerite).

Femme — 34 ans, lingère. Anémiée, sujette à une transpiration abondante. Eruption dyshidrosique légère sur les doigts et la face dorsale des mains. Légères sensations de prurit.

Observation XLV.

Homme — 34 ans, docker. A eu il y a quinze jours des pyodermites sudorales aux endroits d'élection. Présente actuellement une eczématisation du dos des mains consécutive à des grattages violents.

Observation XLVI.

Femme — 15 ans, venue le 24 août. Placard d'eczématisation furfuracée à la suite d'éruptions sudorales sur le menton et sur le cou.

Observation XLVII.

Homme — 49 ans, douanier, venu le 24 août. Pyodermites disséminées avec folliculites et furoncles, sur le front, le cou, le thorax. Les furoncles sont si confluents qu'ils empêchent le sommeil, le malade ne pouvant appuyer la tête sur l'oreiller ; il ne peut non plus supporter son képi.

Observation XLVIII.

Homme — 46 ans, douanier, 24 août. Pyodermites sudorales sur le front, sur les faces antérieures et postérieures du tronc. Sudamina sur les avant bras.

Observation XLIX.

Femme — 4 ans, 24 août. Présente des alopécies peladoïdes multiples à la suite de pyodermites sudorales du cuir chevelu ; les surfaces glabres de la dimension d'une pièce de un franc en moyenne, sont légèrement erythémateuses ; elles rougissent quand l'enfant crie ; en leur partie centrale se voit la cicatrice des pyodermites qui leur ont donné naissance. Petite plaque d'eczéma au poignet droit.

Observation L.

Homme — 10 ans et demi, 29 août. Eruption sudorale miliaire papuleuse. Plaques d'eczéma érythémato-croûteux sur le dos des mains et dans la région du premier métacarpien.

Observation LI.

Homme — 7 ans et demi, venu le 29 août. Pyodermites sudorales sur les membres supérieurs et eczématisation secondaire sur les avant bras.

Observation LII.

Femme — 18 mois, amenée le 15 septembre. Enfant suralimentée. Pyodermites sudorales et furoncles sur les lieux d'élection.

Observation LIII.

Femme — 2 ans, amenée le 15 septembre. Coqueluche il y a un mois. Pyodermites sudorales sur le cuir chevelu.

Observation LIV.

Homme — 1 an, amené le 29 Septembre. Convalescent, a eu la scarlatine il y a deux mois. Légère éruption sudorale sur le tronc et les membres supérieurs (sudamina).

CONCLUSIONS

I. Les chaleurs de l'été amènent dans nos contrées des dermatoses différentes dont les plus fréquentes sont sans contredit les éruptions sudorales.

II. Ces éruptions (dyshidrose, hidrocystomes, miliaires, pyodermites sudorales) arrivent généralement à la suite de transpirations abondantes. Elles sont favorisées par d'autres causes telles que les tares organiques et le manque d'hygiène.

III. Les hidrocystomes exceptés, elles évoluent rapidement vers la guérison.

IV. L'été 1904, dont la température a été particulièrement élevée, nous a permis d'en observer de nombreux cas à Marseille (pyodermites sudorales en majorité).

BIBLIOGRAPHIE

ALIBERT. — Monographie des dermatoses, 1825.

AUDRY. — Sur une lésion papuleuse d'origine sudoripare probable (Annales de Derm. et Syph., 1898, p. 1129-1132.)

ARLOING. — La toxicité de la sueur de l'homme (Compte-rendu Soc. de Biologie, Paris, 1897, 10e s., p. 533-535).

IBID. — De l'intoxication par la sueur de l'homme sain (Compte-rendu Acad. des Sciences, Paris, 1897).

BASSAGET. — De l'hidrocystome, thèse, Paris, 1895.

BEAUDÈRE. — Contribution à l'étude des sueurs locales, Paris, 1883.

BESNIER BROCQ-JACQUET. — La pratique dermatologique.

BONNET. — Contribution à l'étude de la dyshidrose, Paris, 1889.

DUPLAY-RECLUS. — Traité de chirurgie.

BAZIN. — Lec. théoriques et cliniques sur les affections gén. de la peau, 1865.

COMBY. — Etude clinique sur le strophulus (La méd. inf., 1894, p. 427).

CROCKER, R. — Dysidrosis (British méd. journal, 1877).

CHARRIN ET MAVROJANNIS. — La toxicité de la sueur normale et pathologique (Soc. de Biol., Paris, 1898).

CURTILLET. — Mal. kystique et calcaire des glandes sudoripares (Gaz. heb. méd., Paris, 1898).

DÉHU. — Hidrocystomes, Ann. de Derm., 1899.

DUCLOS. — Des éruptions sudorales (J. de méd., Paris, 1846).

DECHAMBRE. — Dictionnaire de Médecine, article sueur.

FAVRE. — Recherches sur la compos. chim. de la sueur (Arch. gén. de méd., Paris, 1853)

FRANK FRANÇOIS. — Travaux récents sur la fonction sudorale (Gaz. heb. de médecine, Paris, 1884).

GRANCHER-COMBY MARFAN. — Traité des maladies des enfants, tome V.

GAUCHER. — Troubles fonctionnels de la sécrétion sudorale (Rev. de clinique et de thérap., Paris, 1897).

GAUCHER. — Les éruptions sudorales et les inflammations des glandes sudoripares (Rev. de clin. et de thérap., Paris, 1898).

HUTCHINSON. — Cheiro-pompholyx. Illustrations of clinical surgery, Londres, 1876.

JEANSELME. — Cours de dermatologie exotique, Paris, 1904.

LAFFAY. — Revue de Madagascar, 1902.

LEREDDE. — Thérapeutique des maladies de la peau.

MORAT-DOYON. — Traité de Physiologie humaine.

PRAT. — Archives de médecine navale, 1883 et 1889.

POLLITZER. — The miliaria group (New-York méd. journal, 1894).

PERRIN, L. — Annales de dermat. et de syphiligraphie, 1897.

RENAUT, J. — Art. dermatoses. Dict. de Dechambre.

RENAUT, J. — Traité d'histologie pratique.

RENAUT, J. — Disposition anat. et mécanisme de l'exer. des gl. sudoripares (Annales derm. et syph., Paris, 1894).

ROBINSON. — Papilliferous cyst of a sudoriparous gland from the axilla (Tr. path., Lond., 1897-98).

ROBINSON. — Hidrocystoma. (Journal of cut. an gen. ur. diseases, août 1893).

SAPPEY. — Traité d'Anatomie.

TESTUT. — Traité d'Anatomie.

TRIBONDEAU. — Contribut. à l'étude des érupt. sudorales des européens aux pays chauds. Formes pustuleuses observées à Madagascar (Archives de méd. navale, Paris, 1897).

TOROK. — A dysidrosirol, Budapest, 1895.

TROUSSEAU. — Cliniques

THIBIERGE. — Ann. de derm. et syph., 1895, p. 978.

VIAULT ET JOLYET. — Physiologie.

UNNA. — Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, 1892.

VERNEUIL. — Archives de médecine, 1854, 3e serie, vol. II.

VULPIAN. — Sur l'act. du syst. nerveux sur les glandes sudoripares (Gaz. méd. de Paris, 1878).

WIDMARK. — Ueber den Einfluss des Litchtes auf die Haut. Hygiea Festband, 1889.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 16 mai 1903

Le Doyen,

MAIRET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 mai 1903

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

P. GACHON

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque !

24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL